

E R R A T A

ALL-COUNTY LETTER NO. 94-48

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
AFDC PROGRAM COORDINATORS
FOOD STAMP PROGRAM COORDINATORS

SUBJECT: CA 22 (6/94), SPONSOR'S STATEMENT OF FACTS, INCOME AND RESOURCES

The all County Letter listed above was inadvertently sent out without the date or number. Attached is a correct copy of the first page with the date and number entered. Also included is the spanish version of CA 22 as stated in the original letter. We are sorry for any inconvenience this may have caused.

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814



June 14, 1994

ALL-COUNTY LETTER NO. 94-48

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
AFDC PROGRAM COORDINATORS
FOOD STAMP PROGRAM COORDINATORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

- State Law Change
- Federal Law or Regulation Change
- Court Order or Settlement Agreement
- Clarification Requested by One or More Counties
- Initiated by CDSS

SUBJECT: CA 22 (6/94), SPONSOR'S STATEMENT OF FACTS, INCOME AND RESOURCES

REFERENCE: All County Information Notice No. I-104-87

This letter transmits reproducible copies of the English and Spanish versions of a revised CA 22, Sponsor's Statement of Facts, Income and Resources, which renders obsolete the CA 22 (10/85) and CA 22 (SP) (10/85). The most significant revision is the inclusion of information about AFDC Intentional Program Violations in the Certification Section. Additional changes were made to the form and its coversheet and are outlined on the reverse side of this page.

Counties should begin using the 6/94 versions in the AFDC and Food Stamp Programs as soon as administratively feasible. Because this is a low usage form, the CA 22 (6/94) and CA 22 (SP) (6/94) will be masters-only. State stock will no longer be produced. Counties that need a camera-ready copy of the English and/or Spanish versions of the CA 22 should call the Forms Management Unit at (916) 657-1907 or CALNET 437-1907. Copies of the Asian language versions (Chinese, Lao, Cambodian, and Vietnamese) will be forwarded to the County Forms Coordinator by the Language Services Bureau when the translations are available.

If you have any questions, please call Cecelia Brown of the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 654-1803 or CALNET at 464-3350.

Sincerely,

MICHAEL C. GENEST
Deputy Director
Welfare Programs Division

Attachments

c: CWDA
Frank Martucci, Medi-Cal Eligibility

A LOS EXTRANJEROS BAJO PATROCINIO QUE SOLICITEN O RECIBAN ASISTENCIA MONETARIA Y/O ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Información Importante para los extranjeros patrocinados por otras personas

Como extranjero(a) patrocinado(a) por otra(s) persona(s), usted tiene que cumplir requisitos especiales para recibir asistencia monetaria y/o estampillas para comida si:

- se le admitió a los Estados Unidos como residente permanente hace menos de tres años; Y
- presentó su solicitud inicial para recibir asistencia monetaria después del 30 de septiembre de 1981; O
- está solicitando estampillas para comida y su patrocinador completó una declaración jurada de mantenimiento el o después del 1 de febrero de 1983.

Los requisitos especiales son:

- Se tendrán que examinar los ingresos y recursos de su patrocinador para que usted pueda recibir beneficios. Su patrocinador tiene que proporcionar información en la forma adjunta. Tanto usted como su patrocinador tienen que firmar dicha forma.
- Si se aprueba su solicitud, usted y su patrocinador tendrán que completar reportes mensuales respecto a sus ingresos y recursos para poder recibir asistencia monetaria. Si su patrocinador no proporciona la información que se pida, usted no reunirá los requisitos para recibir asistencia monetaria. Sin embargo, los miembros de la familia que no estén patrocinados y reúnan los otros requisitos, podrán recibir beneficios.
- **Usted es la persona responsable de asegurarse de que el departamento de bienestar del condado reciba toda la información que se pida en relación a usted y a su patrocinador.**

Información importante para los patrocinadores

El extranjero que usted patrocina ha solicitado asistencia monetaria y/o estampillas para comida. Si usted completó una declaración jurada de mantenimiento o algún acuerdo similar, los reglamentos estatales requieren que el departamento de bienestar del condado evalúe los ingresos, recursos y bienes suyos (de usted) para decidir si el solicitante extranjero puede recibir beneficios. Usted tiene que completar y firmar esta forma bajo pena de perjurio. Si usted vive con su esposo(a), también se cuentan los ingresos, recursos y bienes de él(ella).

Si se aprueba la solicitud del extranjero para recibir asistencia monetaria, **cada mes**, usted tendrá que reportar los ingresos, recursos y bienes propios en el Reporte mensual de ingresos y recursos del patrocinador (Sponsor's Monthly Income and Resources Report - CA 72). El extranjero le proporcionará esta forma. Tiene que completar el reporte y devolvérselo al extranjero que patrocina inmediatamente para asegurar que dicho extranjero siga reuniendo los requisitos para recibir asistencia. Cada mes, se usarán los recursos y una parte de los ingresos suyos (de usted) para determinar si el extranjero continúa reuniendo los requisitos y para determinar los beneficios.

Si como resultado de que usted no reporte la información de una manera correcta, el extranjero recibe beneficios a los cuales no tiene derecho, es posible que usted y/o el extranjero tenga(n) que reembolsar estos beneficios.

Estos requisitos permanecen en vigor durante un período de tres años a partir de la fecha en que el extranjero fuera admitido a los Estados Unidos como residente permanente.

DECLARACION DE HECHOS DEL PATROCINADOR DEL EXTRANJERO INGRESOS Y RECURSOS

(Solicitud suplementaria de estampillas para comida y asistencia monetaria)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON RESPECTO A USTED Y A SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS) Y DEVUELVA ESTA FORMA AL EXTRANJERO INMEDIATAMENTE.

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME: _____

CASE NO: _____

WORKER NO: _____

Nombre y domicilio del extranjero

--	--

Es posible que se necesiten pruebas para verificar las respuestas a las siguientes preguntas.

① SU NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE/APELLIDO QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NUMERO DE TELEFONO ()
DOMICILIO (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL)	
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO)	

② NOMBRE DE SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS) (NOMBRE, NOMBRE/APELLIDO QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)

③ ¿Recibe usted o su esposo(a) asistencia, tal como: Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC), estampillas para comida, o Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI)? Si responde que sí, complete lo siguiente: Sí No

Número del caso	Fecha de nacimiento	Clase de asistencia	Condado	Estado

VERIFIED:
 Letter on File
 Verbal Communication
 Other: _____

Si **ambos**, usted y su esposo(a), reciben asistencia y el extranjero no está solicitando estampillas para comida, complete solamente la Sección de certificación en la página 3 y devuelva la forma. De otro modo, prosiga con la pregunta número ④

④ A. ¿Ha patrocinado usted o su esposo(a) la entrada de otros extranjeros a los Estados Unidos? Sí No
Si respondió que sí, complete lo siguiente:

Nombre del extranjero	Dirección del extranjero	Fecha de admisión a los E.U.

VERIFIED:
 Affidavit of Support on File
 Other: _____

B. ¿Está alguno de los extranjeros enumerados en ④A recibiendo cualquier clase de asistencia, tal como: AFDC, estampillas para comida o SSI? Si respondió que sí, complete lo siguiente: Sí No

Clase de asistencia	Fecha inicial de la solicitud	Condado	Estado

Verified
 Verified
 IRS Form 1040 Viewed
 Other: _____

⑤ ¿Tiene usted o su esposo(a) otras personas a las que declare o pueda declarar como dependientes para fines de los impuestos federales sobre los ingresos? Sí No
Si respondió que sí, complete lo siguiente:

Nombre de la(s) persona(s)	¿Vive(n) esta(s) persona(s) con el patrocinador?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No

6 Actualmente, ¿tiene usted o su esposo(a) un empleo? Sí No
 Si respondió que sí, complete lo siguiente. ¿Añade talones de pago u otros comprobantes de salarios? Si usted o su esposo(a) tiene un negocio propio, enumere los gastos relacionados con el negocio en una hoja aparte y adjunte comprobantes de ingresos y gastos.

Nombre	Nombre del patrono	Pago en bruto (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia le pagan (semanalmente, mensualmente, etc.)?	Comisiones o propinas	No. de dependientes reclamados para los impuestos	Check if Exempt	Enter Date Viewed
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pay Stubs Other
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

7 ¿Recibe o espera recibir, usted o su esposo(a), otros ingresos tales como: Seguro Social, seguro contra desempleo/incapacidad, mantenimiento de hijos/esposo(a), beneficios para veteranos, etc? Sí No
 Si respondió que sí, complete lo siguiente y adjunte comprobante de los ingresos.

Nombre	Clase de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	Check if Exempt	Specify Verification and Date Reviewed:
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

8 ¿Tiene usted o su esposo(a) alguno de los siguientes recursos? Marque "Sí" o "No" para cada uno. Si la respuesta es "Sí", explique debajo.

Recurso	Patrocinador	Esposo(a)	Recurso	Patrocinador	Esposo(a)
Cheques o dinero (en el hogar o en otra parte)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fondos fiduciarios (trust funds)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuentas de cheques, de ahorros, de unión de crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones, bonos, certificados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pagarés, hipotecas, títulos constitutivos de hipoteca, contratos de venta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (especifique debajo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Clase de recurso	Propietario	Valor actual	Ubicación (casa, banco, domicilio, etc.)	No. de cuenta	Check if Exempt
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

9 ¿Es dueño(a) de o está abonando, usted o su esposo(a), alguna propiedad inmueble, tal como: una casa, un terreno, edificio, etc? Sí No
 Si responde que sí, complete lo siguiente:

Nombre	Clase de propiedad	Domicilio/Ubicación	¿Cómo la usa? (hogar, la alquila, etc)	Saldo que debe	Valor	Nombre de la compañía hipotecaria	Check if Exempt
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Date Registration and Records Viewed

10 ¿Es dueño(a) de, usa o está abonando, usted o su esposo(a), algún vehículo motorizado, tal como: un automóvil, camión, barco, remolque, furgoneta (van), vehículo para acampar, motocicleta, etc.? Sí No
 Si responde que sí, complete lo siguiente:

Nombre	Año, marca, modelo	No. de placa (matrícula) y estado donde se registró	Cantidad de la cuota anual de matrícula	Saldo que debe	Check if Exempt
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Vehicle Valuation

1. \$ _____
 2. \$ _____

Si el extranjero está solicitando solamente estampillas para comida, no conteste las preguntas 11 - 13. Complete la Sección de certificación.

11 ¿Usted o su esposo(a), quien recibe ingresos, paga mantenimiento ordenado por la corte? Sí No
 Si respondió que sí, anote la cantidad mensual que paga \$ _____ ¿Quién la paga? _____ Verified

12 ¿Le hace usted o su esposo(a) pagos de mantenimiento a otras personas que no viven en su hogar? Si responde que sí, complete lo siguiente: Sí No Verified

¿Quién paga?	¿A quién le paga (nombre)?	Cantidad que paga
		\$
		\$
		\$
		\$

13 ¿Es dueño(a) de o usa, usted o su esposo(a), bienes muebles tales como: joyas, equipo, instrumentos, ganado, etc.? No incluya ropa, anillos de boda, alfombras, muebles, aparatos domésticos, u otros accesorios domésticos. Si responde que sí, complete lo siguiente: Sí No

Nombre	Nombre del artículo	Fecha de compra	Precio de compra	¿Fue un regalo?	Cantidad que debe	Net Market Value
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		1. _____
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2. _____
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3. _____
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		4. _____

CERTIFICACION

- Entiendo que si a propósito no reporto todos los datos o doy información falsa en relación a los programas de AFDC, Estampillas para Comida o Medi-Cal Basado en Asistencia Monetaria, se me puede sancionar: se me puede acusar legalmente de un delito. Se me puede multar por un total de hasta \$10,000 por infracciones de AFDC y \$250,000 por infracciones de estampillas para comida. Y se me puede encarcelar por un total de hasta 5 años por infracciones de AFDC y 20 años por infracciones de estampillas para comida. En los Programas de AFDC y Estampillas para Comida, mis beneficios se pueden descontinuar durante 6 ó 12 meses, o para siempre.
- Entiendo que la información proporcionada en esta forma puede ser verificada por personal local, estatal y federal.
- Entiendo que el caso del extranjero, incluyendo mi declaración, puede ser seleccionado para una revisión adicional con el fin de asegurar que se determinó correctamente que el extranjero reúne los requisitos.
- Entiendo que es posible que se requiera que reembolse los beneficios que se paguen en exceso debido a que se reporte información incorrecta o incompleta.
- Si el extranjero está solicitando asistencia monetaria, tanto usted como su esposo(a) tienen que firmar esta forma. Si el extranjero solamente está solicitando estampillas para comida, o usted o su esposo(a) tiene que firmar esta forma.

CERTIFICACION DEL PATROCINADOR:

- Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información de esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

FIRMA O MARCA DEL PATROCINADOR	FECHA
FIRMA O MARCA DEL ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR(A) (SI VIVEN JUNTOS)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTA FORMA	FECHA

- Si el extranjero está solicitando asistencia monetaria, el extranjero tiene que firmar esta forma. Si el extranjero solamente está solicitando estampillas para comida, el extranjero, el jefe del hogar, un miembro del hogar o un representante autorizado tiene que firmar esta forma.

CERTIFICACION DEL EXTRANJERO:

- He revisado esta forma que ha sido firmada y completada por mi(s) patrocinador(es). Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California que es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA O MARCA DEL EXTRANJERO O DECLARANTE	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTA FORMA	FECHA

SOLO PARA USO DEL CONDADO

AFDC/Food Stamps-Evaluation of Sponsor/Sponsor's Spouse Real/Personal Property Resources	AFDC Sponsor/Sponsor's Spouse - Income Computation	Food Stamp Computation - Deemed Income														
<p>A. Items: VALUE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B. Total \$ _____</p> <p>C. Less - 1500.00 _____</p> <p>D. Equals Subtotal = _____</p> <p>E. Divide D by the number of sponsored aliens on AFDC = _____</p> <p>F. Divide D by the number of sponsored aliens on Food Stamps = _____</p> <p>The amount in E or F is to be included in the alien's property limits for AFDC and Food Stamps.</p>	<p>A. Earned Income \$ _____</p> <p>B. Less 20% of A (Not to exceed \$175) - _____</p> <p>C. Equals Total = _____</p> <p>D. Plus Unearned Income + _____</p> <p>E. Equals Subtotal = _____</p> <p>F. Less MBSAC for sponsor and for tax dependents living outside the household _____</p> <p>G. Equals Subtotal = _____</p> <p>H. Less amounts paid by the sponsor for tax dependents living outside the household _____</p> <p>I. Less child/spousal support paid _____</p> <p>J. Equals Subtotal = _____</p> <p>K. Number of sponsored aliens in AU = _____</p> <p>L. Divide J by K + _____</p> <p>The amount in L shall be deemed the unearned income of each of the sponsored aliens.</p>	<table border="1"> <tr> <td>A. Total earned income</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>B. Adjusted earned income (80% of A)</td> <td>+ _____</td> </tr> <tr> <td>C. Unearned income</td> <td>= _____</td> </tr> <tr> <td>D. Total gross income (B+C)</td> <td>+ _____</td> </tr> <tr> <td>E. Gross income eligibility limit</td> <td>- _____</td> </tr> <tr> <td>F. Deemed income (unless prorated) (D-E)</td> <td>= _____</td> </tr> <tr> <td>G. Deemed income (when prorated) (F + number of Food Stamp aliens sponsored)</td> <td>= _____</td> </tr> </table>	A. Total earned income	\$ _____	B. Adjusted earned income (80% of A)	+ _____	C. Unearned income	= _____	D. Total gross income (B+C)	+ _____	E. Gross income eligibility limit	- _____	F. Deemed income (unless prorated) (D-E)	= _____	G. Deemed income (when prorated) (F + number of Food Stamp aliens sponsored)	= _____
A. Total earned income	\$ _____															
B. Adjusted earned income (80% of A)	+ _____															
C. Unearned income	= _____															
D. Total gross income (B+C)	+ _____															
E. Gross income eligibility limit	- _____															
F. Deemed income (unless prorated) (D-E)	= _____															
G. Deemed income (when prorated) (F + number of Food Stamp aliens sponsored)	= _____															

E. W. SIGNATURE	E. W. SUPERVISOR	DATE
-----------------	------------------	------